Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy.

Podał Prof. Dr. A. Mars.

W KRAKOWIE
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego
1903.

Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy.

Podał Prof. Dr. A. Mars.

W KRAKOWIE
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego
1903.





Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“, 1903.

Wykonanie zabiegu operacyjnego na trzonie macicy, na jej przydatkach i na niektórych narządach sąsiednich wymaga otwarcia jamy brzusznej, a zwykle zarazem jamy otrzewnowej. Najczęściej torujemy sobie w tym celu drogę przez powłoki brzuszne w linii białej, rzadziej w innych okolicach powłok brzusznych. Ilekroć chcemy się dostać do jamy otrzewnowej, wykonujemy tak zwaną laparotomię. Ponieważ laparotomia była zawsze uważaną za zabieg bardzo poważny, starano się gdzie można dostawać pozaotrzewnowo do jamy brzusznej. Tą drogą dostajemy się do pęcherza moczowego ponad spojeniem k. k. łonowych (Trendelenburg, Bardenheuer, Dittel, Fritsch, Frank). Nad więzem Pouparta dostajemy się do więzów szerokich, otwieramy n. p. ropnie przymaciczne (Bardenheuer). W ostatnich czasach radzą niektórzy autorowie drogę pozaotrzewnową w celu wycinania macicy i rakowato zmienionych gruczołów chłonnych (Mackenrodt, Amann, Herff).

W przypadkach ciężkich i powikłanych przetok pęcherzowopochwowych obierano drogę do pęcherza moczowego przy pomocy resekcyi kości łonowej (Samter), albo drążąc pod łukiem łonowym (Schauta).

Dührssen wykształcił tak zwaną *„Coeliotomia vaginalis anterior“*, dostając się przez przednie sklepienie pochwowe między pęcherzem moczowym, a przednią ścianą macicy do jamy otrzewnowej. Boisleux otwiera tylne sklepienie tuż za macicą i dostaje się do zatoki Douglasa.

Chirurgowie nauczyli nas wycinać całą macicę przez pochwę, wśród tego zabiegu otwieramy oczywiście jamę otrzewnową. Operacya ta, wykonywana różnymi sposobami,

została bardzo wydoskonaloną, a to dzięki usiłowaniom najtęższych chirurgów i ginekologów ostatnich czasów (Czerny, Billrodt, Müller, Péan, Richelot, Doyen, Döderlein i wielu innych).

Sims wycinał całą macicę podotrzewnowo od strony pochwy, podobnie operował czas jakiś Obaliński.

W celu wycięcia macicy używano i podwójnej drogi i wykonywano część zabiegu najpierw od pochwy, a potem kończono go od strony powłok brzusznych (Rydygier, Fehling), albo też i odwrotnie, jak to radzą w ostatnich czasach, aby wykonać część zabiegu najpierw drogą przez powłoki brzuszne, zaszyć nad macicą odłuszczoną otrzewnę, a po zaszyciu powłok brzusznych dokończyć zabiegu od strony pochwy (Mackenrodt).

Kraske w celu wycięcia rakowato zmienionej odbytnicy podał drogę od tyłu przy pomocy resekcyi kości krzyżowej. Hochenegg wyzyskał tę drogę do operacyi macicznych. Herzfeld, Rydygier, Borelius podali odmienne sposoby wykonania tego zabiegu.

Zuckerkandl i Wölfler podali boczne cięcia, aby się dostać bez resekcyi kości od tyłu do jamy otrzewnowej.

Wreszcie Zuckerkandl pokazał drogę do jamy brzucha od międzykrocza.

Jak z tego widzimy, liczne były usiłowania i liczne wymyślano drogi i sposoby, którymi można się dostać do jamy brzusznej, do jamy otrzewnowej i wykonywać operacye na macicy, jej przydatkach i narządach sąsiednich. Niezaprzeczenie jest to wielka zasługa pracowników na tem polu, bo drogi przez nich wskazane, aczkolwiek nie wszystkie, są w powszechnem użyciu, a niektóre z nich prawie zaniechane, to przecież mogą nam oddać znakomite usługi w pewnych szczególnych przypadkach i dlatego zawsze zostaną cennym nabytkiem w dziedzinie operacyjnej ginekologii.

Najwięcej używane, wydoskonalone i wypróbowane mamy dziś dwie drogi, mianowicie: od strony powłok brzusznych i od strony pochwy, w różny sposób praktykowane.

W dawniejszych czasach wykonywano prawie wyłącznie operacye, o których mowa, drogą przez powłoki brzuszne. Gdy sposób operowania przez pochwę został wydoskonalony, poczęto się ku schyłkowi zeszłego stulecia bardzo ku tej drodze zwracać i wiele zabiegów, które wykonywano dawniej wyłącznie drogą przez powłoki brzuszne, poczęto wykonywać stale od strony pochwy. Kto śledzi tok piśmiennictwa bieżącego, łatwo musiał dostrzedz pewne zmiany w poglądach różnych operatorów, którzy używają raz jednej, to znów drugiej drogi i w pewnych przypadkach polecają to jedną to drugą. Istnieje szereg operatorów, którzy się trzymają przeważnie jednej drogi i są konserwatywnymi zwolennikami drogi przez powłoki brzuszne; inny szereg jest takich, którzy wszelkiemi siłami starają się wykonywać pewne zabiegi przez pochwę. Inni wreszcie, w miarę rozwoju nauki, w miarę doskonalenia techniki operacyjnej, posługują się jedną i drugą drogą, względnie do tego, którą za korzystniejszą uważają.

Rzeczą jest jasną, że powstaje pewnego rodzaju zamięszanie w pojęciach w świecie lekarskim, szczególniej u tych kolegów, którzy się specyalnie ginekologią nie zajmują, jak o tem kilkakrotnie miałem się sposobność przekonać i dlatego postanowiłem w tej sprawie głos zabrać.

Chcąc nakreślić porównanie tych dwóch dróg operacyjnych, nie możemy się nad niemi samemi tylko zastanawiać, ale musimy także wziąść pod rozwagę różne stany patologiczne, z powodu których te zabiegi operacyjne wykonujemy. Musimy się dobrze zastanowić nad celem, jaki przez zabieg operacyjny osiągnąć chcemy.

Droga utorowana przez powłoki brzuszne ma tę wyższość nad wszystkiemi innemi, że odsłania nam należycie pole operacyjne, że narządy, na których operować mamy, stają się ze wszech stron dostępne, że wśród zabiegu operacyjnego jesteśmy panami położenia i jeżeli zabieg jest możliwy do wykonania, to go wykonamy.

Do ujemnych stron zaliczyć należy, że jest od innych

niebezpieczniejszą, jeżeli bowiem operacya wykonana została w sposób niedostatecznie jałowy, grozi operowanej niebezpieczeństwo zakażenia, do którego otrzewna jest bardzo skłonną.

Rozległość jamy otrzewnowej, jej niezliczone zaułki, sprawiają, że oczyszczenie pola operacyjnego raz zanieczyszczonego jest więcej niż trudne, a po zamknięciu powłok brzusznych jest niedostępne dla wszelkiego leczenia następowego. W razie następowego wewnętrznego krwotoku, skrętu jelit i t. d. musimy na nowo jamę brzuszną otwierać.

Po operacyi z wynikiem pomyślnym pozostaje szpecąca blizna, a co gorzej, powstają w niej przepukliny, które ponownych wymagają zabiegów.

Wszystkiemu temu starano się zaradzić i na wszystko niemal mamy radę, zatem dziś, jeżeli właściwie postępujemy, ujemne strony i niebezpieczeństwo z otwarcia jamy brzusznej możemy ograniczyć do *minimum*. Dowodem tego są świetne wyniki i nader mały odsetek śmiertelności po zabiegach, wykonanych tą drogą; a nie trzeba zapominać, że odsetek śmiertelności zależy nie od otwarcia powłok brzusznych, ale od właściwego zabiegu i jakości cierpienia.

Surowo i ściśle przeprowadzone postępowanie jałowe w czasie operacyi, ochrona otrzewnej i jelit, aby nie były zbyt długo narażone na wpływ powietrza, sączkowanie pola operacyjnego w razie zanieczyszczenia, należyte i w sposób jałowy zeszycie powłok brzusznych, — oto sposoby, którymi zabieg otwarcia powłok brzusznych i jamy otrzewnowej staje się zabiegiem łagodnym.

To tylko pewna, że uchybienie tym wymaganiom, błąd popełniony lub zapomnienie, mszczą się bardzo i mogą życie chorej kosztować.

Droga przez pochwę do jamy otrzewnowej jest o wiele mniej niebezpieczną. Jak wiemy, pochwa nigdy nie jest jałową i tylko do pewnego stopnia daje się wyjałowić; zawleczenie drobnoustrojów z pochwy do pola operacyjnego, do jamy otrzewnowej, może być nie do uniknienia; przez pochwę otwieramy ropnie, mamy czasem do czynienia z roz-

padającym się rakiem, a mimo to wszystko wyjątkowo tylko przychodzi do zakażenia otrzewnej, i zwykle przebieg pooperacyjny bywa pomyślny. Otrzewnę otwieramy w najniżej położonym punkcie jej jamy, reszta otrzewnej i jelita wcale nie, albo bardzo niewiele stykają się z powietrzem; często po operacyi sączkujemy i to są okoliczności rozstrzygające o tak pomyślnych wynikach operacyjnych, wykonywanych tą drogą. Po operacyi leczenie następowe często jest możebne.

Ujemną stroną tej drogi jest brak przystępu do bardzo ograniczonego pola operacyjnego, że często operować musimy na ciemno, że w razie powikłań zabieg może się stać niewykonalnym i że wśród zabiegu możemy być zmuszeni do użycia innej drogi, t. j. otwarcia powłok brzusznych. Są to ujemne strony tej doniosłości, że często wolimy tej drogi zaniechać mimo korzyści, jakie zapowiada.

Możemy wprawdzie rozszerzyć pochwę cięciem Schuchardta, ułatwić tym sposobem przystęp do pola operacyjnego, rozewrzeć to pole wziernikami liściowymi, ale to wszystko jest niedostateczne.

W ostatnich tygodniach Ott z Petersburga podał nowy sposób operowania przez przednie sklepienie, a miarowicie otwiera jamę otrzewnową w przedniem sklepieniu pochwowem, wprowadza do otworu watę, przez którą przepływające powietrze ma się wyjałowić, nim się dostanie do jamy otrzewnowej. Układa potem osobę operowaną z mocno obniżonym górnym końcem tułowia, chwyta kulociągiem powłoki brzuszne obok pępka i odciąga je silnie w stronę przeciwną od kręgosłupa. W tem ułożeniu jelita opadają ku przeponie, powietrze dostaje się przez otwór watą przytkany i wypełnia jamę otrzewnową. Wówczas wyjmuje watę, zakłada do otworu wziernik łyżkowy, na którym ma umocowaną małą lampkę elektryczną, lampka oświetla jamę otrzewnową i dozwala operować pod dozorem wzroku. Sposób to niewątpliwie dowcipnie obmyślany, w kilku przypadkach miał oddać autorowi bardzo dobre usługi, przyszłość okaże, o ile będzie praktyczny.

Zebrawszy to, co powiedziano, widzimy, że droga przez powłoki brzuszne nader ułatwia zabieg operacyjny, utrudnia natomiast leczenie następowe i jest niebezpieczniejszą. Droga przez pochwę ogranicza pole operacyjne, przy jej użyciu może zajść okoliczność, że zabiegu dokonać nie można, przystępniejszą jest natomiast dla leczenia następowego i w następstwach mniej niebezpieczna.

Z porównania obu tych dróg ze sobą wynika, że mają odrębne i prawie wręcz sobie przeciwne własności, że się uzupełniają, a nie wzajemnie wykluczają. Wobec danego przypadku prawie mowy być nie może o dowolnym wyborze drogi operacyjnej, ale mając dwie drogi o różnych własnościach, obu w różnych przypadkach z wielką korzyścią używać możemy.

Doświadczenie i zręczność operatora, wyniki operacyjne uzyskane pewną drogą, mogą go wprawdzie skłaniać w różnych przypadkach ku jednej lub drugiej drodze; w każdym jednak razie rozstrzygającą musi być jakość i stan zmian patologicznych, jako też cel, który wśród zabiegu osiągnąć chcemy.

Które i w jakim stanie będące zmiany patologiczne nadają się dla jednej lub drugiej drogi, to temat bardzo rozległy; sądzę jednak, że łatwo daje się ująć w pewne ogólne prawidła, które w szczególnych przypadkach mogą mieć zastosowanie.

Otwarcia powłok brzusznych wymagać będą przedewszystkiem wszelkie guzy większych rozmiarów, które są albo bardzo mało dostępne od strony pochwy, albo też wręcz są niedostępne, a które wśród zabiegu usunąć chcemy; dalej zmiany położone zbyt odlegle od macicy i pochwy; przypadki, w których się domyślamy zrostów z narządami sąsiednimi, szczególniej wyżej położonymi; przypadki, w których spodziewamy się znaczniejszego krwotoku i sądzimy, że będziemy musieli poszczególne naczynia podwiązywać; również przypadki, gdzie możemy przypuszczać, że w szerszym zakresie operować nam przyjdzie; wszystkie przypadki,

w których potrzebujemy ścisłej kontroli wzroku; wreszcie przypadki, w których usunąć chcemy doszczętnie zmiany patologiczne nieco pojemniejsze.

Przez pochwę dają się operować przedewszystkiem wszelkie przypadki, w których zmiany patologiczne leżą w obrębie niezbyt powiększonej macicy, lub też tylko nieznacznie przekraczają jej obręb; przypadki, w których chcemy mieć na macicy tylko miejsce przyczepienia; bardzo małe guzy przydatków macicy na długich szypułach, dobrze ruchome, o których przypuszczamy, że nie są połączone zrostami z narządami sąsiednimi. Przez pochwę dalej możemy wycinać niezbyt pojemną i dobrze ruchomą macicę. Tutaj nadają się wreszcie przypadki, w których chcemy ułatwić odpływ cieczom patologicznym, nagromadzonym w narządzie płciowym lub jego sąsiedztwie, a w których takie odprowadzenie może prowadzić do wyleczenia.

Z uwag tych wynika, że wszystkie tu należące ginekologiczne sprawy patologiczne, które wymagają zabiegów operacyjnych, dadzą się podzielić na trzy kategorye, a mianowicie: 1) na takie, które możemy operować tylko od strony jamy brzusznej (wielkie zbite guzy, rozległe sprawy chorobowe i te, które niezbędnie pod kontrolą wzroku operować chcemy); 2) na takie, które się nadają wręcz do wykonania przez pochwę, zatem zmiany chorobowe, umiejscowione w obrębie niezbyt powiększonej macicy, lub łatwo przystępne zmiany przydatków macicy; wreszcie 3) na takie, które mogą być operowane już to od powłok brzusznych, już też od strony pochwy.

Ze względu na wzajemny stosunek dróg operacyjnych głównie obchodzić nas mogą te ostatnie przypadki i nad nimi wypada nam się też zastanowić.

Torbiele jajnikowe, zwykle operowane od strony powłok brzusznych, nawet bardzo pojemne, udaje się czasem usunąć przez pochwę, jeżeli mamy do czynienia z torbielem jajnikowym jednokomorowym o ścianach cienkich, jeżeli niema zrostów z siecią, z jelitami i innymi narządami położo-

nymi w jamie brzucha. Zrosty takie mogłyby być powodem nieudania się zabiegu i nabawić operatora wiele kłopotu. Jak doświadczenie poucza, wyjątkowo tylko można takie zrosty na pewno wykluczyć; zatem udanie się operacyi przez pochwę w przypadkach torbieli jajnikowych może być tylko rzeczą szczęśliwego zbiegu okoliczności i dlatego też sądzę, że te przypadki tylko w wyjątkowych razach do operowania przez pochwę nadawać się mogą.

Schorzałe jajniki i schorzałe przydatki macicy możemy operować przez pochwę. Ciało macicy możemy wydobyć przez przednie sklepienie pochwowe z otwartej jamy otrzewnowej prawie przed części rodne zewnętrzne i sprowadzić przed oczy przydatki macicy, a tem samem wykonać na nich różne zabiegi. Zabiegów takich wykonano bardzo wiele, a pod względem technicznym na pozór nie przedstawiają trudności. Sposobem tym można wykonać wytrzebienie, operować ograniczone zmiany trąbkowe, jak n. p. bardzo wczesną ciążę trąbkową i t. d. O ile mnie atoli doświadczenie pouczyło, nie radzę tą drogą wydobywać przydatków zmienionych sprawami zapalnemi. W jednym przypadku, operując w ten sposób, napotkałem trąbkę i przydatki tak kruche, zrostami tak umocowane w miednicy, że tylko z największą trudnością udało mi się je usunąć. Wśród zabiegu myślałem wciąż o tem, aby operacyę dokończyć drogą przez powłoki brzuszne; prócz tego po sprowadzeniu przydatków macicy do tego stopnia, żem mógł na nich zabiegu dokonać, byłem w obawie, że przyjdzie do krwotoku wewnętrznego z części, naderwanych ściąganiem. Po operacyi chora miała się dobrze, bez powikłań wyzdrowiała, ale ja nieradbym się imać po raz wtóry takiego przypadku.

Krwistek pozamaciczny należy do zmian, operowanych bądź to od strony powłok brzusznych, bądź też od pochwy, a operatorowie w tym względzie dzielą się na dwa obozy. Jeżeli się jednak nad sprawą sporną zastanowimy, to w tem cierpieniu wcale nie idzie o wybór drogi operacyjnej, ale zupełnie o co innego, gdyż idzie o dwie odrębne operacye,

mające zupełnie różne znaczenie. Jeżeli operujemy krwistek pozamaciczny przez powłoki brzuszne, wyłuszczamy cały guz krwawy wraz z jego otorbieniem, usuwamy reszty jaja płodowego i schorzałe przydatki macicy. Wykonujemy zabieg, który usuwa zmiany patologiczne doszczętnie, a chora, jeżeli się po zabiegu ma dobrze, zostaje w kilkanaście dni zupełnie wyleczoną. Jeżeli operujemy przez pochwę, otwieramy torbę krwisteku, wypróżniamy go mniej lub więcej dokładnie, usuwamy jajo płodowe lub jego części, jeżeli się w krwisteku znachodzą, pozostawiamy otorbienie wraz z schorzałymi przydatkami. Niektórzy autorowie radzą schorzałe przydatki ściągnąć do otworu, podwiązać i usunąć. Usunięcie takie nie zawsze się udaje, może być czasem niebezpieczne i prowadzić do śmiertelnego krwotoku. Ginekologowie, operujący krwistek pozamaciczny nawet najdoszczętniej od strony pochwy, pozostawiają znaczną część zmian patologicznych, które dopiero po pewnym czasie ulegają wessaniu. Za pomocą takiego zabiegu, wykonanego przez pochwę, zyskujemy bardzo wiele, bo skracamy trwanie leczenia z przewidywanych miesięcy na tygodnie, ale nie usuwamy cierpienia doszczętnie. Jeżeli istnieje między operatorami rozdwojenie co do tej sprawy, to idzie tylko o to, czy ten lub inny zabieg będzie dla chorej korzystniejszy, a nie o to, czy ta lub inna droga operacyjna lepsza. W przypadkach krwisteku pozamacicznego czasami jesteśmy zmuszeni do wykonania zabiegu operacyjnego; w przypadkach takich wybór zabiegu i obranie drogi zależy od celu, jaki osiągnąć chcemy, oraz od warunków, w jakich operujemy. Jeżeli mamy świeży przypadek krwisteku, jeżeli guz wciąż wzrasta i wzrasta niedokrewność, grozi krwotok wewnętrzny, to sądzę, że żaden operator nie będzie w takim razie operował od pochwy, a tylko od powłok brzusznych, każdy otworzy jamę otrzewnową, dojdzie do miejsca krwawiącego, podwiąże, usunie przydatki, guz krwawy i otorbienie. Jeżeli zaś mamy krwistek dawno istniejący, chora poczyna gorączkować, guz staje się bolesny, przypuszczamy, że krwistek przechodzi w ro-

pienie, nikt sądzę nie będzie go operował od powłok brzusznych, ale wszyscy będą się starać wypuścić treść krwisteku od strony pochwy. Tutaj niema dowolnego wyboru drogi operacyjnej, tylko operujemy tą drogą, którą nam stan zmian patologicznych wskazuje. W przypadkach, w których możemy wybierać, wybieramy nie drogę operacyjną, ale raczej sposób mniej lub więcej doszczętnego operowania.

Do zmian patologicznych, które obu temi drogami operujemy, należą w dalszym ciągu włókniako-mięśniaki macicy. Wielkie guzy operujemy od strony powłok brzusznych, wyłuszczamy je ze ściany macicy, albo wycinamy je wraz z częścią nadpochwową lub wreszcie wycinamy macicę całkowicie wraz z guzami. Guzy mniej pojemne operujemy od strony pochwy; jeżeli są pojedynczo w ścianach macicy podśluzowo lub śródściennie położone, to je wyłuszczamy, a w razie gdy ich jest więcej, wycinamy wraz z niemi macicę całkowicie. Wyłuszczenie włókniaka lub wycięcie macicy obarczonej włókniakami, bez względu na to, czy wykonane drogą od strony pochwy lub od strony powłok brzusznych, przedstawia zawsze jeden i ten sam zabieg równie rozlegle wykonany. W przypadkach tych nie idzie o wybór zabiegu operacyjnego, lecz o wybór drogi, którą operować mamy.

Włókniako-mięśniaki należą do guzów bardzo wolno wzrastających, które w zwykłych warunkach żadnych spraw zapalnych nie wywołują, dlatego też w tych przypadkach zwykle zrostów nienapotykamy. Tylko włókniaki podotrzewnowe, długo uszypułowane, łatwo ruchome, skłonne do skrętów szypuły, albo powikłane ze sprawami zapalnemi, przedstawiają stosunki niepomyślne, t. j. zrosty, co zwykle rozpoznać możemy. W zwykłych niepowikłanych przypadkach szeroko osadzonych włókniaków macicy, guzy wzrastają powoli i podnoszą się wraz z macicą ku górze i w miarę wzrostu rozciągają i wydłużają przydatki macicy. Jeżeli guz taki przez pochwę wydobyć się da, z przydatkami macicy nie mamy kłopotu.

Rozmiary macicy, umiejscowienie włókniaków i ich

postać rozstrzygają o wyborze drogi operacyjnej; — dlatego, jak powyżej powiedziano, jeżeli włókniak bardzo duży, szczytem sięga ponad pępek, albo jeżeli rośnie na bok i domyślamy się, że zmienia bardzo stosunki topograficzne, jest mało ruchomy, albo się obawiamy zrostów, operujemy go od strony powłok brzusznych. Jeżeli jest mały, dobrze ruchomy, nie wywołuje znaczniejszego zniekształtnienia macicy, jeżeli postać mniej więcej zbliżona do kuli i zrostów się nie spodziewamy, operujemy go od strony pochwy.

Zręczność operatora odgrywa tutaj znaczną rolę; wiemy n. p., że francuzi w operowaniu włókniaków od strony pochwy doszli do doskonałości i usuwają przez pochwę guzy, sięgające szczytem po nad pępek, a posługują się wśród zabiegów kawałkowaniem guza lub macicy.

Ponieważ, jak to powyżej powiedziano, wszyscy na to się godzą i doświadczenie to stwierdza, że operowanie przez pochwę jest mniej niebezpieczne, że co do śmiertelności, tą drogą otrzymujemy wyniki lepsze, musimy do tego dążyć, aby mięśniako-włókniaki macicy o ile możności operować przez pochwę. Tylko techniczne trudności mogą nas od drogi pochwowej powstrzymywać, dlatego też nauka musi do tego dążyć, aby te techniczne trudności usuwać, abyśmy mogli tą drogą operować coraz to większe włókniaki i coraz więcej przypadków.

Z ostatnich czasów mamy do zanotowania znaczny postęp w tym kierunku w metodzie Doederleina. Za pomocą tej metody, operując od tylnego sklepienia pochwowego i wyłaniając przez nie macicę, możemy wycinać włókniaki maciczne nawet znaczniejszych rozmiarów. Za pomocą tej metody dają się wydobywać macice, które się przez przewód miednicy przeprowadzić dadzą. Jeżeli podczas badania przekonam się, że macica daje się wraz z guzem z jamy brzucha wtłoczyć przez wchód miednicy do jej jamy, jestem gotów wyłuszczyć ją przez pochwę.

Połączenie metody kawałkowania guzów ze sposobem operowania według Doederleina dozwala nam te granice

jeszcze więcej rozszerzyć. Sposobu połączenia tych metod próbowałem z bardzo dobrym wynikiem.

Sprawa wycinania rakowato zmienionej macicy jest omawiana w bieżącem piśmiennictwie; idzie właśnie o operowanie jużto od strony pochwy, jużteż od strony powłok brzusznych. Jak na dzisiaj sprawa to jeszcze niedojrzała i do ostatecznego rozstrzygnięcia się nie nadaje. Sposób operowania przez pochwę jest wydoskonalony, sposób zaś operowania od powłok brzusznych dopiero jest w rozwoju. Mamy zatem dane nierówne, których z tych powodów porównywać nie należy, musimy więc nieco zaczekać. Mimo to atoli zdania się ścierać mogą bez pretensyi, aby były rozstrzygającemi, w celu rozjaśnienia bądź co bądź zagadnień zawiłych, a bardzo ważnych i doniosłych.

Wycinanie macicy rakowatej przez pochwę jest operacyą bardzo łatwą; technika operacyjna nader wydoskonalona. Wyniki operacyjne świetne, lecz co do sprawy uleczalności raka macicy niezbyt korzystne. — Nawroty cierpienia są tak częste, odsetek doszczętnego usunięcia raka tak mały, że niektórzy operatorowie popadają w zniechęcenie, a dawały się słyszeć głosy o bankructwie operacyj, zmierzających ku doszczętnemu leczeniu raka.

W obec tego naturalnem jest, że istnieje dążność do poprawy i w tej też myśli w ostatnich latach podał W e r t h e i m nową metodę, głęboko obmyślaną, w szczegółach starannie i zupełnie opracowaną, wycinania macicy rakowatej drogą utorowaną przez powłoki brzuszne. — Myśl operowania raka tą drogą jest dawniejsza, a sposób operowania zalecony przez W e r t h e i m a jest zupełnie nowy. Metodą tą operowałem kilkanaście przypadków, mam do zanotowania pomyślne i niepomyślne wyniki; operowałem przypadki różne, wogóle zbyt mało, abym mógł stanowcze wypowiadać zdanie. Sprawa leczenia raka jest bardzo zawiłą i wymaga uwzględnienia różnych okoliczności. Jak na dziś możemy mówić o znaczeniu nowego zabiegu, o stronie jego technicznej, o wynikach pooperacyjnych, czy zabieg ten uprawniony i co mu

rokować można. — Lecz, by mówić o znaczeniu tego zabiegu w obec kwestyi uleczalności raka macicy, musimy mieć daty statystyczne, oraz więcej przypadków operowanych i przez szereg lat obserwowanych.

Jeżeli się zastanowimy nad wycinaniem macicy rakowatej przez powłoki brzuszne i przez pochwę, to przedewszystkiem musimy przyznać, że rzecz ma się tu podobnie jak z krwistekiem pozamacicznym: mamy do czynienia z dwoma różnymi zabiegami operacyjnymi, o różnej rozległości i doniosłości.

Przez pochwę wycinamy macicę, jej przydatki i ograniczoną część więzów szerokich, względnie tkanki łącznej, znajdującej się w miednicy. — Jeżeli rak macicy poza te granice nie sięga jeszcze, możemy mówić o doszczętnem usunięciu raka macicy; jeżeli te granice przekroczył, operacya wycięcia macicy jest tylko zabiegiem połowicznym, lecz w mojem przekonaniu i tak dla chorej bardzo korzystnym i pożądanym.

Sposobem przez Wertheima podanym, czyli przez powłoki brzuszne, możemy wycinać nietylko macicę, ale możemy usunąć tkankę łączną w miednicy od kości do kości, możemy wyjąć chorobowo zmienione gruczoły pozaotrzewnowe.

Jeżeli jest możebnem doszczętne usunięcie raka przez wycięcie macicy przez pochwę, jeżeli jest możebnem trwałe wyleczenie drogą od pochwy, a wiemy z piśmiennictwa, że to jest możebne, to przyznać musimy, że sposobem Wertheima powinno się to udawać częściej i pewniej, gdyż się posługujemy zabiegiem o daleko szerszym zakroju.

Jeżeli rzucimy okiem wstecz na rozwój leczenia operacyjnego raka macicy, to łatwo spostrzedz możemy, że wszelkie usiłowania operatorów dążyły ile możności do jaknajdokładniejszego i najobszerniejszego wycięcia części rakowato schorzałych. — Rozwój ten dokonywał się szybko, prawie za naszej pamięci, przed naszemi oczyma.

Najpierw wypalano albo niszczono raka środkami żrącymi, później odcinano części rakowato zmienione, usuwano część pochwową macicy. Gdy to się okazało niedostatecznem, powstała operacya lejkowatego wycinania szyi macicy Hegara; dalej amputacya nadpochwowa Schroedera, dalej wycięcie całkowite macicy, a gdy i to niewystarczyło, dodano jeszcze wycięcie przydatków macicy i tkanki sąsiedniej, o ile to tylko przez pochwę było możebne. Wyniki trwałego wyleczenia raka macicy wykazują, że wprawdzie trwałe wyleczenie możebne, ale sposoby dzisiejsze są niedostateczne, więc że jeszcze dalej nam iść należy.

Istnieją usiłowania, by rozszerzyć działanie operacyjne od strony pochwy i udogodnić przystęp do pola operacyjnego przez rozcięcie pochwy na boki; zapewne, tym sposobem więcej zrobić możemy: można więcej wyciąć tkaniny obok macicy, ale tylko do pewnych granic, a oprócz tego stajemy blisko możebności obrażenia narządów sąsiednich z braku przejrzystości pola operacyjnego. Dzisiaj doszliśmy już tak daleko, że chcąc rozszerzyć zakres naszej działalności operacyjnej wobec raka macicy, droga od strony pochwy nam niewystarcza. Najbliższą myślą jest: operowanie od strony powłok brzusznych, przeniesienie pola operacyjnego do jamy brzucha.

Operacya zalecona przez Wertheima nie jest niczem więcej, jak jednym krokiem dalej na tej drodze, którą w sprawie leczenia raka macicy od lat wielu kroczymy. Krok stanowczy, rozstrzygający, mogący stanowić chwilę przełomową w historyi leczenia operacyjnego tego cierpienia.

Dotychczasowe wyniki, uzyskane sposobem Wertheima, jak już kilkakrotnie zaznaczono, odnoszą się do bardzo jeszcze ograniczonej liczby przypadków.

Wertheim ogłosił wyniki uzyskane w 90 przypadkach, w trzech seryach po 30:

z pierwszej	seryi	zmarło	12	przypadków	czyli	40%
z drugiej	„	„	5	„	„	16·6%
z trzeciej	„	„	3	„	„	10%.

Dość spojrzeć na te liczby, aby przyjść do przekonania, że wyniki nowego zabiegu są coraz lepsze. Jeżeli można było po dzień dzisiejszy obniżyć odsetek śmiertelność z 40°/₀ na 10°/₀, musimy mieć nadzieję, że ten odsetek dalej obniżać się będzie w miarę wydoskonalenia techniki operacyjnej i leczenia pooperacyjnego. — Śmiertelność 10°/₀ nie o wiele przekracza odsetek śmiertelności, jaki podają niektórzy autorowie w przypadkach wycinania macicy przez pochwę.

Samo to spostrzeżenie wystarcza do wypowiedzenia zdania, że zabieg Wertheima ma warunki do rozwoju i jest zupełnie usprawiedliwiony.

Co do techniki operacyjnej, to aczkolwiek operacya Wertheima w szczegółach jest obmyślana i opracowana, muszą zajść zmiany, które na wyniki operacyjne wpływ wywrzeć będą musiały. Wertheim sam, jak to z jego publikacyi widoczne, poczynił już pewne zmiany i w szczegółach operuje dzisiaj nieco odmiennie, jak to czynił zrazu. Wiemy nadto, że się już pojawiły metody, które dążą do poprawienia zabiegu Wertheima, a autorowie, którzy tym sposobem operują, czynią poprawki, prawie każdy na swoją modłę.

Nie możemy pominąć okoliczności, że Wertheim operuje wszystkie przypadki, w których zabiegi operacyjne jeszcze wykonać się dają, a zatem i bardzo niekorzystne, jak to widzieć można z opisu poszczególnych jego operacyj, oraz z tej okoliczności, że po otwarciu jamy brzucha przekonywał się, że przypadek już się do operowania nie nadawał.

Z pomiędzy chorych, które się do nas zgłaszają, tylko pewna część przypadków raka macicy nadaje się wogóle do zabiegów operacyjnych, druga zaś część dotyczy takich przypadków, które są tak daleko posunięte, że o operowaniu ich mowy być nie może.

Pod tym względem stosunki różnie się przedstawiają i tak n. p. Doederlein podaje, że z pomiędzy chorych, które się do niego zgłaszały, 45°/₀ nadawało się jeszcze do ope-

racyjnego leczenia. Schauta i Chrobak podają ten odsetek dla Wiednia na 15.

Metodą Wertheima zakres możebności operowania stanowczo się rozszerza. Doederlein, operując sposobem Wertheima, doszedł do tego, iż operował 60°/₀ chorych, które się do niego w tym czasie zgłosiły. Wertheim podaje, że w I seryi przypadków operował 29°/₀ kobiet, które się do niego z rakiem macicy zgłosiły; w II seryi 40°/₀, a w III seryi 52·9°/₀.

Tym liczbom sądzę, także nie można odmówić znaczenia.

Świat naukowy przyjął zrazu operacyę Wertheima z pewnem niedowierzaniem, jak to zwykle bywa wobec rzeczy nowych. Rosthorn, który operował kilkadziesiąt przypadków, wcale nie wyrażał się zachęcająco na Zjeździe ginekologów w Giessen. — Od niejakiego atoli czasu widać w piśmiennictwie zwrot ku tej metodzie. Doederlein podaje, że operował 26 przypadków, z których stracił 6. Zweifel operował 21, stracił 4. Są to wysokie odsetki śmiertelności; atoli śmiertelność w pierwszej seryi Wertheima była daleko wyższa.

Okoliczność, że przy pomocy metody Wertheima możemy rozszerzyć wskazania do wycinania rakowatej macicy, a nawet i uzyskane pomyślne wyniki operacyjne, co do śmiertelności, nie mogą przesądzać jeszcze, jaki będzie wynik odsetkowy trwałego wyleczenia raka macicy. Lepszych wyników spodziewaćby się należało, ale, jak powiedziałem, dziś jeszcze przesądzać trudno, trzeba poczekać.

Dlatego też głosy, potępiające tę metodę są niewątpliwie przedwczesne. Między zdaniami niechętnemi dla tej metody czytałem zarzut, że niektórzy operatorowie ze względów oportunistycznych operują w klinikach metodą Wertheima, a w praktyce prywatnej przez pochwę. Bardzo poważne podstawy musiały autora skłonić do wypowiedzenia tak ciężkiego zarzutu; oportunizm taki, jeżeli istnieje, stanowczo potępiam. Na 12 kobiet, które operowałem, 8 było

takich, które się zgłosiły jako chore kliniczne, 4 zaś z praktyki prywatnej. Z tych ostatnich 1 operowałem prywatnie, a 3 przyjąłem na klinikę.

Chociaż mnie ten zarzut obchodzić osobiście nie może, to przecież muszę wziąć nieco w obronę kolegów operujących, do których on był wymierzony.

Pomijam już okoliczność, że szpitale i kliniki są zakładami gdzie się wydoskonalały zawsze zabiegi operacyjne, które potem stawały się własnością i dobrodziejstwem ogółu, ważniejszem sądzę jest to, że odgrywają tu rolę bardzo ważną warunki społeczne chorej osoby.

Osoba, której zamożność starczy na stałą opiekę lekarską i na to, aby miała środki i przybory niezbędne do leczenia, nawet nie operowana może całe miesiące a nawet i lata być w stanie stosunkowo znośnym utrzymana, pomimo raka macicy. Osoba taka ma mniej do stracenia i więcej się u niej z niebezpieczeństwem zabiegu liczyć należy. Przeciwnie osoba biedna, mieszkająca zdala od lekarza i od miasta, pozbawiona opieki lekarskiej, a wiemy, że jako nieuleczalna, do szpitala przyjętą być nie może, znajduje się ku schyłkowi życia w stanie bardzo opłakanym. Kto widział te krwotoki, wobec których rodzina stoi bezradna, i czuł te cuchnące wyziewy, wydzielające się z legowiska takiej chorej, słyszał narzekania, widział rozpaczliwe położenie jej i otoczenia, ten przyznać musi, że ta osoba nie ma tak wiele do stracenia i że nawet ryzykowniejsza operacya jest dla niej dobrodziejstwem, jeżeli stan znośniejszy sprowadzić może.

Wycięcie macicy rakowatej oprócz tego, że może doprowadzić do doszczętnego wyleczenia, przynosi chorym operowanym bardzo często nawet w przypadkach nawrotu cierpienia wielką korzyść, na którą autorowie zbyt mało zwracają uwagi. Korzyść doniosłą w tych nawet przypadkach, gdzie rak daleko bardzo już posunięty i gdzie nie mamy wiele nadziei na doszczętne wyleczenie i spodziewamy się nawrotu na pewno. Korzyść ta polega na tem, że rak ze-

wnętrzny, rozpadający się, zostaje zamieniony w razie nawrotu cierpienia na raka wewnętrznego. Tym sposobem usuwamy krwotoki i cuchnące odchody, a osoba taka, chociaż wreszcie ginie na raka, czasem się nawet do śmierci nie domyśla przyczyny cierpienia. Nadto jestem stanowczo przekonany, że przez usunięcie rozpadu i krwotoków przedłużamy niewątpliwie życie takiej osoby. Ta korzyść, niestety, nie ujawnia się we wszystkich operowanych przypadkach, ale tam, gdzie się ujawnia, ma doniosłe znaczenie. Liczyć zaś na nią możemy więcej w tych przypadkach, w których doszczętniej usuwamy raka miejscowo.

Kierunek dzisiejszy, aby operować raka ile możności doszczętnie i dążność przeniesienia pola operacyjnego z pochwy do jamy brzucha, nie przesądza o tem, iż przyjdzie czas, że będziemy się starać przenieść pole operacyjne z jamy brzucha do pochwy, a będzie to miało miejsce wówczas, gdy będziemy umieli raka rozpoznawać wcześnie i gdy się będą do nas zgłaszać osoby w samym początku cierpienia. Nawoływanie w tym kierunku jest bardzo słusznem i przyniosło już dobre wyniki, bo niektórzy autorowie podają, że pomiędzy zgłaszającemi się osobami zwiększa się odsetek przypadków, nadających się do zabiegów operacyjnych.

Do tego atoli, aby tym sposobem poprawić wyniki doszczętnego wyleczenia raka, jeszcze daleko i na razie musimy dążyć jeszcze ile możności do jak najrychlejszego i najdoszczętniejszego wycinania raka.

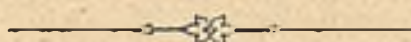
Między zarzutami wyczytałem jeszcze jeden, którego dobrze nierozumiem, a mianowicie: że operatorowie, którzy pragną wycinać zbyt wielkie włókniaki przez pochwę, a równocześnie chcą operować raka macicy przez powłoki brzuszne, postępują nielogicznie.

Przyznaję się do tego, że włókniaki, które równie doszczętnie i skutecznie można operować tą lub inną drogą, będę się starał operować zawsze przez pochwę, o ile to tylko będzie możebne, gdyż to zabieg mniej niebezpieczny i sądzę, że to naturalne i logiczne. — Z drugiej strony, kiedy prze-

konuję się, że wycinanie macicy rakowatej przez pochwę jest niewystarczające i nie usuwa choroby dostatecznie, będę wycinał macice od strony powłok brzusznych, jeżeli ten sposób jest więcej wystarczający i usuwa cierpienie doszczętniej, mimo że operacya tą drogą może być nieco niebezpieczniejszą i sądzę, że to logiczne. Wobec tego zarzut, którego istotnie nie rozumiem, uważam za nieuzasadniony.

Zdaje mi się, że tymi wywodami dostatecznie naszkicowałem wzajemny stosunek dróg, których w dzisiejszej ginekologii najczęściej używamy w celach operacyjnych, t. j. drogi od strony pochwy i od strony powłok brzusznych. — Drogi te wzajemnie się nie wykluczają, ale uzupełniają. — Pewne przypadki możemy operować tylko od strony powłok brzusznych, inne tylko od strony pochwy.

W tych, które można operować obu drogami, ilekroć chcemy operować doszczętnie i rozlegle, należy wybierać drogę od strony powłok brzusznych; natomiast ilekroć o to tylko idzie, aby obrać drogę bezpieczniejszą, należy operować od strony pochwy.



Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« 1903.

Kraków, 1903. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego

